

Perseverare diabolicum

Th. Favrod-Coune
M. Miguelez
S. Fischberg
N. Junod Perron

Colloque Qualité – Sécurité
Médecine de premier recours
22 février 2011



Mise en condition



Une petite histoire:

- ❑ Un médecin de premier recours suit un patient dépendant à l'alcool.
- ❑ Le patient demande à être mis sous disulfiram.
- ❑ Le médecin – après contrôle des transaminases normales – accède la demande.

Mise en condition

Suite de la petite histoire:

- ❑ Il revoit le patient à 3 reprises.
- ❑ Le patient va bien; il est abstinent.
- ❑ Le médecin réalise – avec effroi- qu'il n'a pas de tests hépatiques depuis 2 mois....
- ❑ Il les réalise: ils sont toujours normaux.

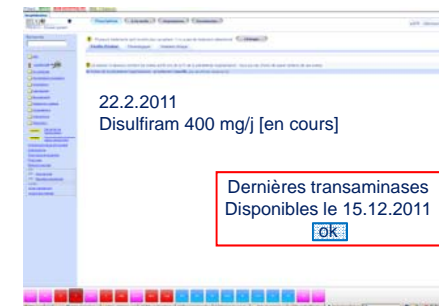
Affaire Classée ?



Mise en condition

Fin de la petite histoire:

- ❑ Dans ce service vient d'être mis en place un dossier ambulatoire informatisé (DPA)



Histoire

- ❑ USA 1999: on arrête de polémiquer, et...
- ❑ « Medical errors kills almost 100'000 American a year »
- ❑ 3^e cause de décès en UK après les cancer et les maladies CV (Sunday Time 19 déc. 1999)
- ❑ BMJ 2000 mars; 320:
- ❑ « Reducing error - Improving safety »
- ❑ CH: 3000 décès par an ?

Epidemiology of harm: record review

Study	Date of admission	Number of hospital admissions	Adverse event rate (% admissions)
California Insurance Study	1974	20864	4.65 ⁺
Harvard Medical Practice Study	1984	30195	3.7
Utah-Colorado	1992	14052	2.9
Australian	1992	14179	16.6
United Kingdom	1999	1014	10.8
Denmark	1998	1097	9.0
New Zealand	1998	6579	11.2
France **	2002	778	14.5
Canada	2000	3745	7.5

Extrapolation to Switzerland: Approximate figures for illustration (2000)

- 1 million admissions per year
- Possible 50-100,000 adverse events- half preventable
- 400-800,000 additional bed days at 1000 SF per day
- Cost in extra days in hospital 400 -800 million Swiss Francs per annum - half preventable
- These figures take no account of litigation, complaints, staff time, impact on patients and staff, disability benefits

Aéronautique



- ❑ Check list
- ❑ Repos
- ❑ Co-pilote
- ❑ Convention Chicago 7 décembre 1944

Gestion des risques passe par 3 stades :

- Identification
- Analyse
- Traitement des risques

Erreurs principales en médecine ambulatoire



- Retard de diagnostic
- Insuffisance de mesures préventives
- Problèmes de communication
- Erreurs de médication

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

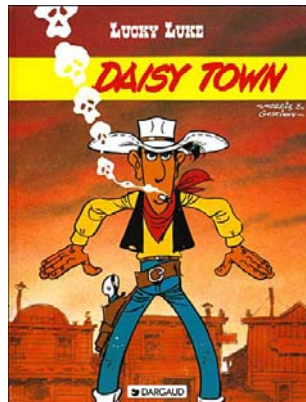
Particularités de la pratique ambulatoire



- patient libre vs « captif »
- ...entre les consultations..?
- votre anamnèse....
- lien entre l'évènement indésirable et les soins...?
- les facteurs externes liés au patient
- le temps : un outil diagnostic

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Le héros solitaire

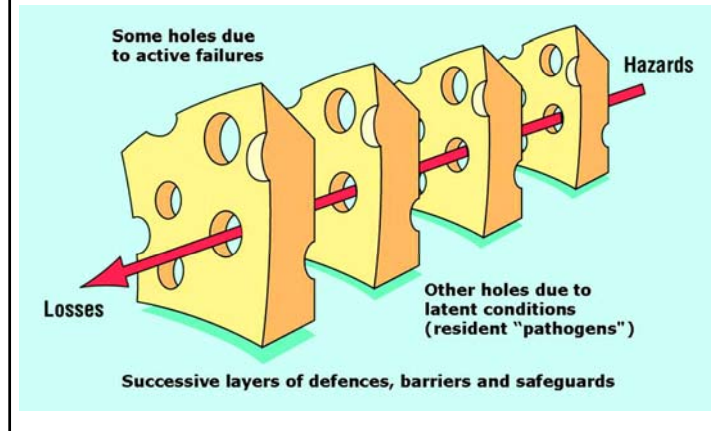


La pomme pourrie



Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care
NEJM 1989; 320: 53-56

A la place! Ouf!



Modèle systémique Ouf!

- Responsabilisation des individus
- Soutien des individus
- Recensement des erreurs
- Analyse des erreurs
- Amélioration des systèmes

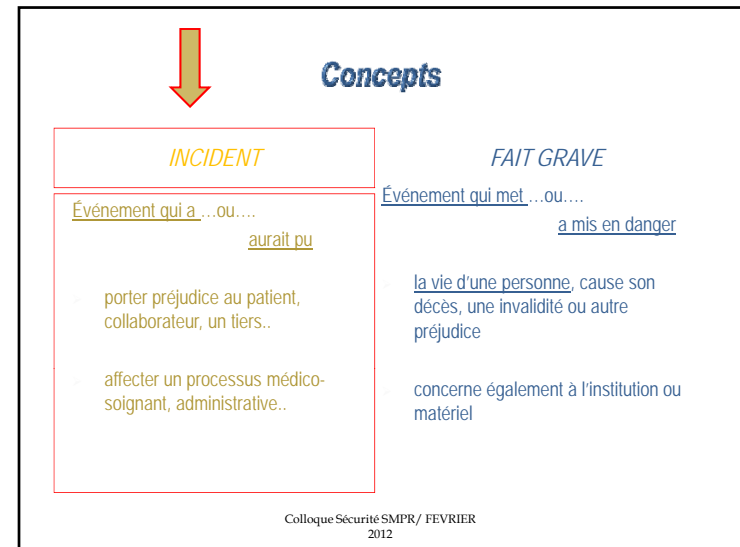
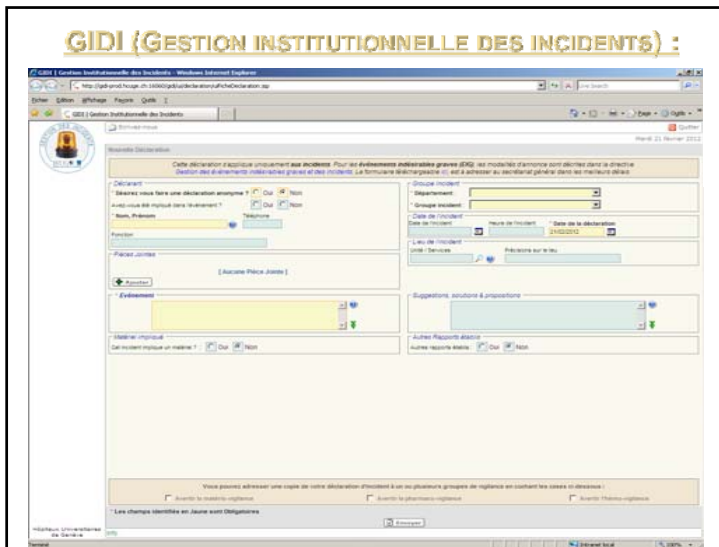
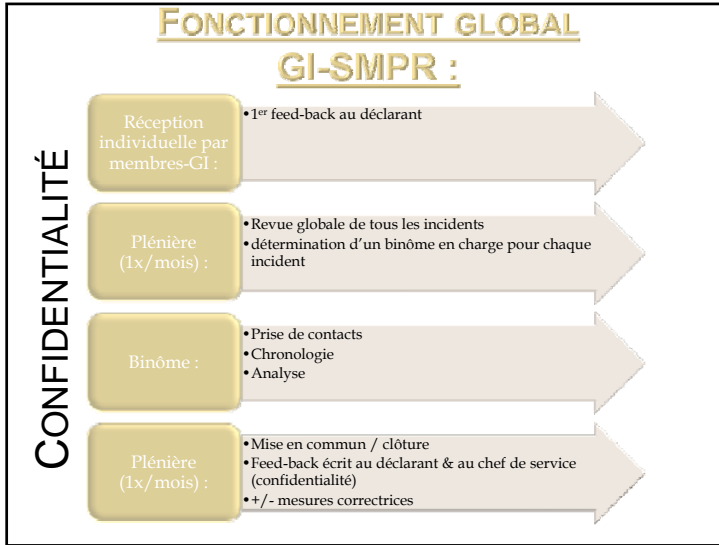
GROUPE INCIDENT SMPR:

11 personnes :

- 1 administratif
- 1 assistante sociale
- 1 ergothérapeute
- 4 infirmières
- 4 médecins

COMPOSITION GI-SMPR:

- ④ Dépendances: Dr T.FAVROD-COUNE, médecin interniste, CDC
- ④ Quartiers: Mme N.MARTINEZ, réceptionniste
Mme C.PREAUX, infirmière
- ④ Planning Fam.: Mme J.-M ORONOTZ, infirmière
- ④ PSM/CAMSCO: M G.HOURTON, infirmier IR
- ④ UGC: Mme N.DREZET-MUNCH, ergothérapeute
Mme G.IRION, assistante sociale
- ④ UIMPV: Dr E.ESCARD, médecin psychiatre et médecin légiste, CDC
- ④ Autres: Dr A.RUDAZ, médecin interniste, CDC, dès automne/hiver 2012
Mme M.MIGUEIEZ, infirmière et quality officer
Dr S.FISCHBERG, médecin interniste, CDC



Causes organisationnelles d'un incident

- Physiques (barrières)
- Naturelles (distances)
- Humaines (contrôle)
- Administratives (alertes/ contrôle de routine)

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Méthode: Root cause analysis (RCA) *London Protocol-Reason Model*

- Chronologie
- Identifier l'erreur
- Identifier les facteurs contributifs
- Actions correctives

Figure 1. RMM et démarche qualité
Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Déroutement de la méthode

- **Chronologie:**
Qu'est-ce qui est arrivé?
 - état du patient, du soignant..
→ anxieux, confusion, langue..
 - revue du dossier médicale
 - entretien avec les sujets impliqués
 - reproduction des événements, si besoin
avec des images (photos)

- Chronologie
- Identifier l'erreur
- Identifier les facteurs contributifs
- Actions correctives

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

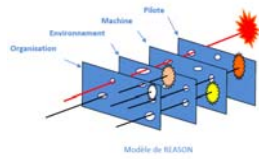
Déroutement de la méthode

- **Identifier l'erreur:**
Comment est-ce arrivé?
Par action ?
Par Omission?..
Oubli...manque de connaissances...délibérée
lapsus, sélection, identification,
oubli d'entreprendre une procédure,
manquement délibéré aux pratiques sûres..

- Chronologie
- Identifier l'erreur
- Identifier les facteurs contributifs
- Actions correctives

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Déroulement de la méthode



Identifier les facteurs contributifs
(défaillances)

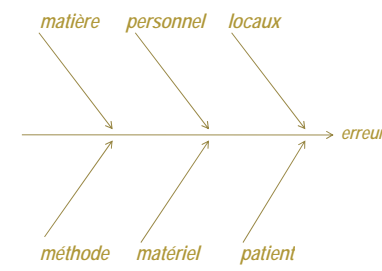
- patient état de santé, personnalité, attitude
- l'environnement charge de travail, bruit, distraction
- matériel maintenance, panne
- soignant(s) fatigue, formation
- tâche ou à l'activité documents (clarté, exactitude, lisibilité)
- l'équipe soignante composition, communication écrite ou orale, aide entre collègues
- contexte institutionnel gestion des risques, formation/engagement du personnel

Chronologie
 Identifier l'erreur
 Identifier les facteurs contributifs
 Actions correctives

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Diagramme cause-effet « causes racines »


PQ?



Chronologie
 Identifier l'erreur
 Identifier les facteurs contributifs
 Actions correctives

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Déroulement de la méthode



Actions correctives

- Présenter les mesures correctives pour chaque facteur contributif
- Evaluer la pertinence de la mesure corrective !
- Notion de contrôle-> check-list, contrôle collectif (time-out au BO)
- Erreur de sélection-> Dé trompeurs...? Étiquetage..? Ergonomie?

PE: 10'000 pannes voitures/an

Chronologie
 Identifier l'erreur
 Identifier les facteurs contributifs
 Actions correctives

Colloque Sécurité SMPR/ FEVRIER 2012

Exercices pratiques

- Analyse de deux incidents survenus au SMPR
 - en petits groupes
- Consignes:
 - Identifier l'erreur
 - Lister les facteurs contributifs
 - Proposer des mesures correctives
- Restitution

INCIDENT		FACTEURS CONTRIBUTIFS :	FACTEURS CORRECTIFS :
PATIENT :	Etat de santé, personnalité, attitude, aptitude à communiquer, observance ...		
ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL :	Horaires, charge, éclairage, bruit, éléments de distraction, ergonomie ...		
MATRIEL (INSTRUMENTS, OUTILS, DOCUMENTS) :	Maintenance du matériel, panne, organisation, stockage, accès à la documentation ...		
SOIGNANT :	Savoir, savoir faire, savoir être, santé physique et mentale, fatigue, formation ...		
TACHE / ACTIVITE :	Instructions de travail et autres documents (clairs, exactitude, lisibilité), ergonomie, conception des soins et planification ...		
EQUIPE SOIGNANTE :	Taille, composition, communication interpersonnelle, supervisions, assistance entre collègues, conflits ...		
CONTEXTE INSTITUTIONNEL / MANAGERIAL :	Politique qualité, gestion des risques, format/engagement du personnel ...		



Références

- J. Reason. « Managing the risk of organizational accident ». Ashgate Publishing, 1998.



- BMJ 2000; 320: 768-794.